Приложение № 1  
к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17.04.2012 № 373н

Форма

**Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации  
Федеральное медико-биологическое агентство**

*(наименование федерального учреждения медико-социальной экспертизы)*

|  |  |
| --- | --- |
| **АКТ №** |  |

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ГРАЖДАНИНА**

**Раздел I. Общие данные об освидетельствуемом гражданине**

1. Дата подачи заявления о проведении медико-социальной экспертизы

2. Дата освидетельствования

3. Дата вынесения решения федерального учреждения медико-социальной экспертизы

4. Фамилия, имя, отчество

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 5. Дата рождения |  |  |  |  |  |
|  | (число) |  | (месяц) |  | (год) |

6. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства – адрес места пребывания, места нахождения пенсионного дела инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации) (нужное указать):

6.1. государство

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 6.2. почтовый индекс |  | 6.3. субъект Российской Федерации |  | 6.4. район |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 6.5. населенный пункт |  | 6.5.1. городское поселение |  | 6.5.2. сельское поселение |  |

6.6. улица

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 6.7. дом/корпус/строение |  | / |  | / |  | 6.8. квартира |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 7. Лицо без определенного места жительства |  |

8. Адрес места постоянной регистрации (при совпадении реквизитов с местом жительства данный пункт не заполняется):

8.1. государство

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8.2. почтовый индекс |  | 8.3. субъект Российской Федерации |  | 8.4. район |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8.5. населенный пункт |  | 8.5.1. городское поселение |  | 8.5.2. сельское поселение |  |

8.6. улица

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8.7. дом/корпус/строение |  | / |  | / |  | 8.8. квартира |  |

9. Адрес места нахождения территориального органа Пенсионного фонда Российской Федерации, осуществляющего пенсионное обеспечение инвалида, выехавшего на постоянное жительство за пределы Российской Федерации

**Раздел II. Решение федерального учреждения медико-социальной экспертизы**

10. Заключение о видах и степени выраженности стойких расстройств функций организма:

10.1. нарушение психических функций

10.2. нарушение языковых и речевых функций

10.3. нарушение сенсорных функций

10.4 нарушение статодинамических функций

10.5. нарушение функций кровообращения

10.6. нарушение функций дыхания

10.7. нарушение функций пищеварения

10.8. нарушение функций выделения

10.9. нарушение функций кроветворения

10.10. нарушение функций обмена веществ и энергии

10.11. нарушение функций внутренней секреции

10.12. нарушение функций иммунитета

10.13. нарушения, обусловленные физическим уродством

11. Заключение о видах и степени выраженности ограничений категорий жизнедеятельности:

11.1. самообслуживание

11.2. передвижение

11.3. общение

11.4. ориентация

11.5. обучение

11.6. контроль за своим поведением

11.7. трудовая деятельность

12. Группа инвалидности

13. Причина инвалидности

14. Дополнительная запись к причине инвалидности (нужное указать):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 14.1. инвалид по зрению |  | 14.2. инвалидность вследствие поствакцинального осложнения |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 15. Инвалидность установлена на срок до | “ |  | ” |  | 20 |  | г. |

16. Дата очередного освидетельствования

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 17. Причина пропуска срока очередного освидетельствования за прошлое время с |  | по |  |

признана уважительной (неуважительной) (нужное указать)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 18. Инвалидность за прошлое время с |  | по |  | установлена (не установлена) |

(нужное указать)

19. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах

в связи с первым несчастным случаем на производстве, профессиональным заболеванием (нужное указать)  
от

20. Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок

21. Дата очередного освидетельствования на предмет установления степени утраты профессиональной

трудоспособности

22. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах

в связи с несчастным случаем на производстве, профессиональным заболеванием (нужное указать) за период,

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| предшествовавший дню освидетельствования, установлена с |  | по |  |

23. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах

в связи с повторным несчастным случаем на производстве, профессиональным заболеванием (нужное указать)  
от

24. Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок

25. Дата очередного освидетельствования на предмет установления степени утраты профессиональной

трудоспособности

26. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах

в связи с несчастным случаем на производстве, профессиональным заболеванием (нужное указать) за период, предшествовавший дню освидетельствования, пропущенный период (нужное указать) установлена

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| с |  | по |  |

27. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах

в связи с повторным несчастным случаем на производстве, профессиональным заболеванием (нужное указать)  
от

28. Степень утраты профессиональной трудоспособности установлена на срок

29. Дата очередного освидетельствования на предмет установления степени утраты профессиональной

трудоспособности

30. Степень утраты профессиональной трудоспособности в процентах

в связи с несчастным случаем на производстве, профессиональным заболеванием (нужное указать) за период, предшествовавший дню освидетельствования, пропущенный период (нужное указать) установлена

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| с |  | по |  |

31. Дополнительные заключения

32. Документы, выданные освидетельствованному гражданину или его законному представителю по результатам проведения медико-социальной экспертизы (нужное указать):

|  |  |
| --- | --- |
| 32.1. справка, подтверждающая факт установления инвалидности: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| серия |  | , № |  | , дата выдачи | “ |  | ” |  | 20 |  | г.; |

|  |  |
| --- | --- |
| 32.2. индивидуальная программа реабилитации инвалида (ребенка-инвалида): |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| карта № |  | к акту освидетельствования № |  | от | “ |  | ” |  | 20 |  | г., |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| дата выдачи | “ |  | ” |  | 20 |  | г.; |

32.3. справка о результатах установления степени утраты профессиональной трудоспособности в

|  |  |
| --- | --- |
| процентах: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| серия |  | , № |  | , дата выдачи | “ |  | ” |  | 20 |  | г.; |

32.4. программа реабилитации пострадавшего в результате несчастного случая на производстве и

|  |  |
| --- | --- |
| профессионального заболевания: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| карта № |  | к акту освидетельствования № |  | от | “ |  | ” |  | 20 |  | г., |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| дата выдачи | “ |  | ” |  | 20 |  | г.; |

|  |  |
| --- | --- |
| 32.5. справка об установлении причины смерти инвалида: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № |  | , дата выдачи | “ |  | ” |  | 20 |  | г.; |

|  |  |
| --- | --- |
| 32.6. справка о результатах медико-социальной экспертизы: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № |  | , дата выдачи | “ |  | ” |  | 20 |  | г. |

33. Перечень документов, основные сведения, послужившие основанием для принятия решения федерального учреждения медико-социальной экспертизы (приобщаются к акту медико-социальной экспертизы)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Наиме­нова­ние доку­мента, рекви­зиты доку­мента | Дата поступ­ления | Наиме­нова­ние органи­зации, выдав­шей доку­мент |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

34. Специалисты, проводившие медико-социальную экспертизу и принимавшие участие в вынесении решения:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
| (должность) |  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |

Дата

Руководитель бюро  
(главного бюро, Федерального бюро)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| медико-социальной экспертизы: |  |  |  |
|  | (подпись) |  | (расшифровка подписи) |

М.П.